

**Budowanie przyszłości europejskich
systemów opieki zdrowotnej - kompleksowa
analiza doświadczeń 9 krajów UE
w stawianiu czoła wyzwaniom pandemii
Covid- 19 i zarządzaniu nimi**

WRZESIEŃ 2021



bff.com

Jest to streszczenie z Raportu BFF, który został zlecony Fundacji Farmafactoring, która jest prywatną organizacją non-profit. Jej głównym celem jest promowanie i rozwijanie działalności badawczej w dziedzinie Administracji Publicznej i sektora opieki zdrowotnej. Założona w 2004 roku, przeprowadziła liczne badania, a także sponsorowała ważne niezależne projekty młodych naukowców w dziedzinie ekonomii i systemu opieki zdrowotnej we Włoszech i w Europie. Fundacja zazwyczaj wspiera i przyczynia się do wielu inicjatyw kulturalnych i społecznych.

Więcej informacji o Fundacji Farmafactoring można znaleźć na stronie:
www.fondazionefarmafactoring.it/en

Autorzy:

Prof. Vincenzo Atella - ekonomista

Vincenzo Atella jest profesorem ekonomii na Uniwersytecie Rzymskim Tor Vergata (na urlopie). Jest byłym Prezesem AIES - Włoskiego Stowarzyszenia Ekonomiki Zdrowia oraz Dyrektorem Naukowym Fundacji Farmafactoring. W ostatnim czasie był członkiem komisji ds. Cen i Refundacji we włoskiej Narodowej Agencji ds. Leków (AIFA). Jego główna działalność badawcza koncentruje się na finansowaniu, ocenie wpływu polityki oraz roli, jaką nowe technologie mają na wyniki zdrowotne i stabilność systemu opieki zdrowotnej. Ma na swoim koncie wiele publikacji w recenzowanych czasopismach międzynarodowych. Pracuje również jako Adjunct Associate w Centrum Polityki Zdrowotnej na Uniwersytecie Stanforda.

Dr Joanna Kopińska - ekonomistka

Joanna Kopińska jest adiunktem ekonomii na Wydziale Nauk Społecznych i Ekonomicznych Uniwersytetu Rzymskiego oraz stypendystką CEIS. Posiada doktorat z teorii ekonomii. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się na ekonomii zdrowia, ekonomii publicznej i demografii ekonomicznej. Jej najbardziej znaczące badania zostały opublikowane w Journal of Health Economics, Demography, Labour Economics, Health Policy i innych. Instytucjonalnie, była zaangażowana w projekty badawcze związane zarówno z organizacjami międzynarodowymi (OECD, ONZ, BŚ) oraz włoskimi podmiotami krajowymi (Departament Zdrowia, ISTAT, INPS).

Marzec 2020 r. zapisze się w historii powszechnej, jako data przełomowa między dwoma rozdziałami: przed i po pandemii koronawirusa (COVID-19). Chociaż udało nam się uzyskać dostęp do szczepionek w stosunkowo krótkim czasie, warto wykorzystać uwagę poświęconą wirusowi w ostatnich miesiącach, aby czerpiąc z tych doświadczeń, na nowo zastanowić się nad sposobem, w jaki radzimy sobie z takimi wyzwaniami i przygotowujemy się do nich.

Pandemia COVID-19 nadeszła w momencie, w którym krajowe systemy opieki zdrowotnej wymagały radykalnego przeformułowania w świetle głębokich zmian, jakie zaszły w ochronie zdrowia w ostatnich latach. Jak wskazano już w zeszłorocznym raporcie BFF na temat służby zdrowia (BFF, 2020), te głębokie zmiany wynikają z konieczności sprostania wyzwaniom wynikającym ze starzenia się społeczeństw i wzrostu liczby chorób przewlekłych, a także z szybkiego postępu w zakresie możliwości technicznych i rosnących oczekiwań społecznych.

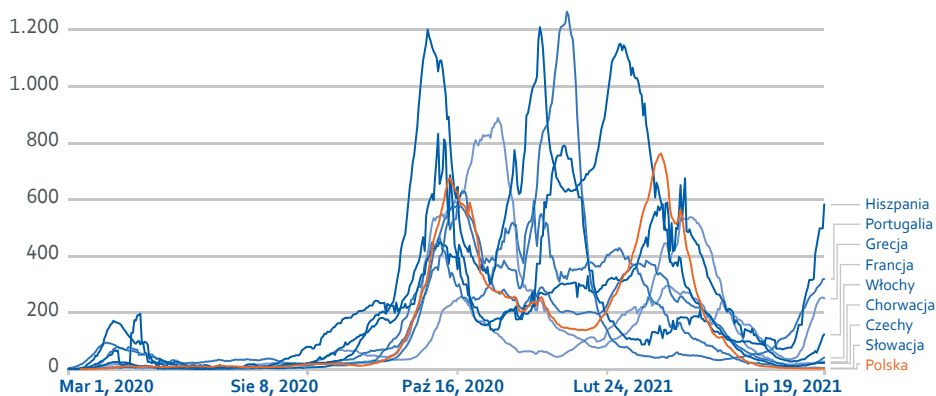
Celem naszego Raportu jest kompleksowa analiza i porównanie 9 systemów opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej (UE), a mianowicie w Chorwacji, Czechach, Francji, Grecji, Włoszech, Polsce, Portugalii, Słowacji i Hiszpanii. Te systemy opieki zdrowotnej opierają się na różnych zasadach finansowania, co wynika z niejednorodnych warunków ekonomicznych i poglądów społecznych na kwestie związane z redystrybucją dochodów, obecnością instytucji i ingerencją państwa w świadczenie usług zdrowotnych, często ukształtowanych przez różnice historyczne i kulturowe. Dzięki danym uzyskanym z oficjalnych źródeł oraz ankiecie przeprowadzonej wśród ekspertów z wyżej wymienionych krajów, raport oferuje wielopoziomowy przegląd obciążeń, jakie obecna pandemia dodaje do problemów opieki zdrowotnej, poddając ogromnym testom wytrzymałościowym te i tak już nadwyrężone systemy oraz metody, jakimi posługiwały się w odpowiedzi na potrzeby pacjentów. W niniejszym raporcie sugerujemy przyjęcie podejścia typu „contingency”, które polega na identyfikacji najbardziej prawdopodobnych lub najbardziej ryzykownych „punktów załamania” systemu. Pozwoli to na sformułowanie propozycji polityki w celu zapobieżenia negatywnym skutkom, jakie mogą wystąpić.

Ile straciliśmy?

Jak podaje ourworldindata.org, na dzień 1 lipca 2021 r. na świecie było 192 mln zakażonych COVID-19 i 4 mln zgonów, z czego 50 mln zakażonych i 1,2 mln zgonów w Europie. Rozwój nowych przypadków koronawirusa w stosunku do wielkości populacji był gwałtowny i szczególnie wyraźny w kilku krajach w różnych okresach pandemii (rys. 1), przy czym liczba zgonów na milion mieszkańców codziennie przekraczała 25 przypadków (rys. 2).

Rysunek 1:

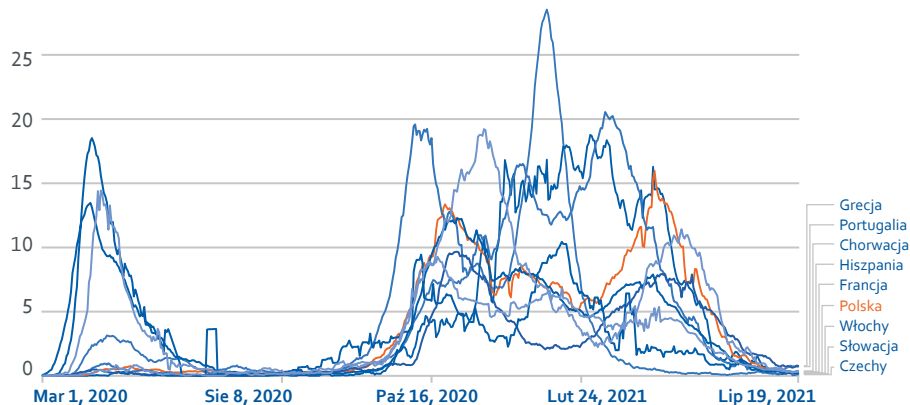
DZIENNA LICZBA POTWIERDZONYCH PRZYPADKÓW COVID-19 W STOSUNKU DO POPULACJI.



Źródło: www.ourworldindata.org

Rysunek 2:

DZIENNA LICZBA POTWIERDZONYCH ZGONÓW COVID-19 NA 1 MLN MIESZKAŃCÓW.



Źródło: www.ourworldindata.org

Wirusolodzy, epidemiolodzy i eksperci w dziedzinie ekologii od dawna ostrzegali przed niebezpieczeństwami związanymi z chorobą grypopodobną, która może pochodzić od dzikich zwierząt. Jednak kiedy wirus SARS-CoV-2 zaczął się rozprzestrzeniać, bardzo niewiele krajów było w stanie opracować na tyle efektywne połączenie praktycznych planów działania, zestawów interwencyjnych przewidzianych w ramach tych planów oraz rozwiązań biurokratycznych, aby je wdrożyć. Te nieliczne kraje, które były w stanie zareagować szybko i skutecznie (na przykład Tajwan), odniosły znaczne korzyści.

Dostępne sposoby ograniczenia przenoszenia wirusa są reprezentowane przez interwencje niefarmakologiczne (NPI - Non Pharmaceutical Interventions), czyli środki zdrowia publicznego, których celem jest zapobieganie lub kontrola przenoszenia się wirusa w społeczności. W obliczu ogólnoswiatowej epidemii COVID-19, rządy większości badanych krajów wdrożyły pakiety wysoce restrykcyjnych, czasem inwazyjnych, NPI. Rządy podejmowały swoje decyzje w szybko zmieniających się warunkach epidemiologicznych, we wczesnych fazach pandemii, bez dowodów naukowych na indywidualną i łączną skuteczność tych środków.

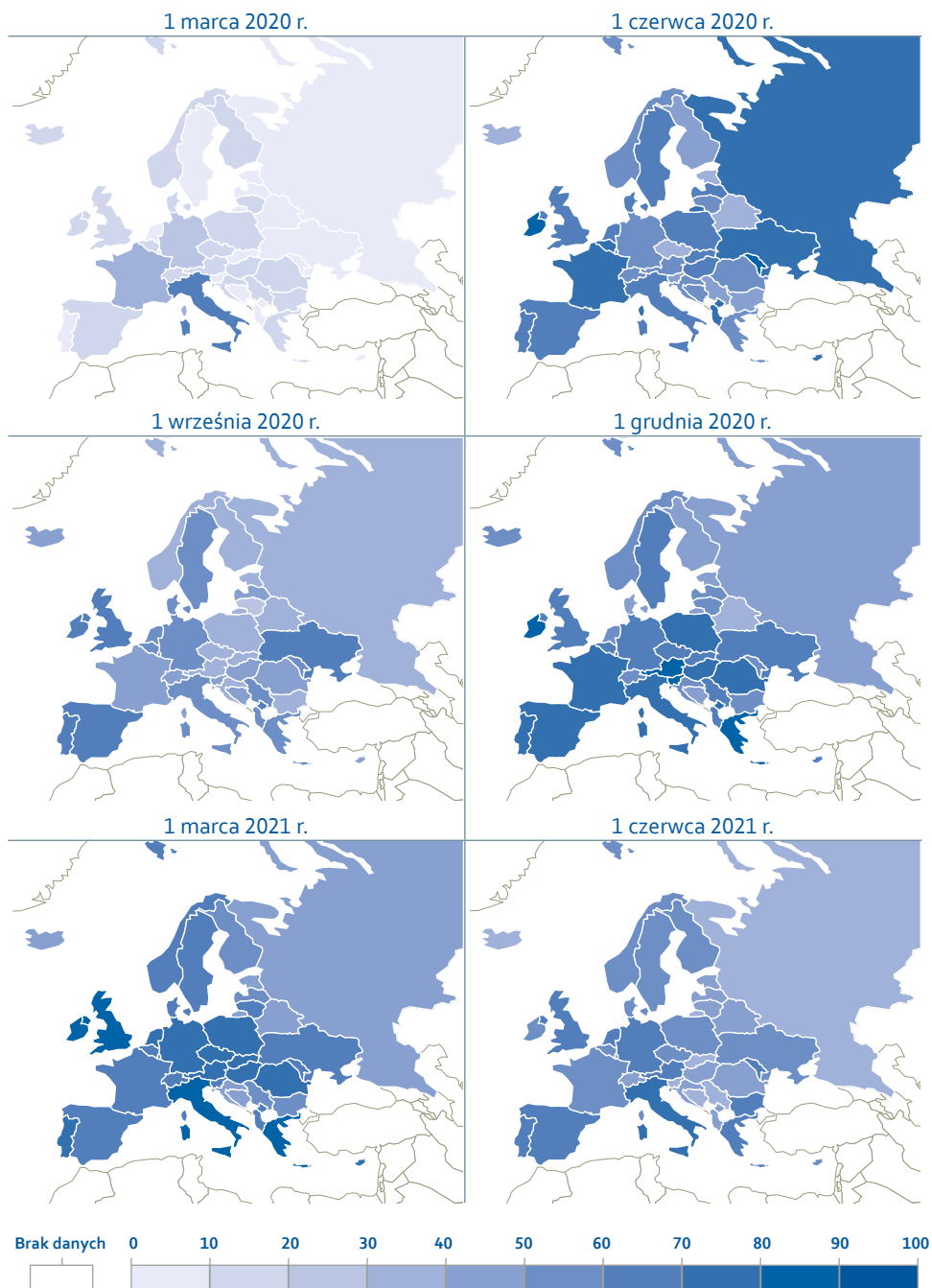
Interwencje polityczne mające na celu powstrzymanie wirusa

Ogólną złożoność przyjętych środków można łatwo podsumować za pomocą wskaźnika rygorystyczności, będącego kompleksową miarą dziewięciu wskaźników reakcji, obejmujących zamykanie szkół, zamykanie miejsc pracy, odwoływanie imprez publicznych, ograniczenia zgromadzeń publicznych, zamykanie transportu publicznego, wymogi dotyczące pozostania w domu, publiczne kampanie informacyjne, ograniczenia w przemieszczaniu się wewnątrz kraju oraz kontrole podróży międzynarodowych. Najostrzejsza reakcja oznaczona jest liczbą 100, co stanowi najwyższą wartość wskaźnika.

Kierunek ewolucji indeksu odpowiada początkom pandemii, która zaczyna się intensywnie we Włoszech, a późną wiosną 2020 r. rozprzestrzenia się na resztę krajów (rys. 3). Włochy, Francja, Hiszpania i Portugalia pozostają w grupie krajów, których polityka jest najbardziej restrykcyjna. W niektórych okresach Grecja i Polska, a w mniejszym stopniu Słowacja i Czechy, a także Chorwacja, podążyły za nimi.

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control) śledzi też nakazy pozostania w domu dla ogółu ludności. Wśród rozważanych krajów okresy te były najdłuższe w Portugalii i Francji, a następnie na Słowacji, we Włoszech, w Czechach i Hiszpanii (tab. 1).

Rysunek 3:
WSKAŹNIKI RYGORYSTYCZNOŚCI



Uwaga: Jest to miara złożona oparta na dziewięciu wskaźnikach reakcji, w tym zamknięciach szkół, zamknięciach miejsc pracy i zakazach podróży, przeskalowana do wartości od 0 do 100 (100 = najbardziej surowy). Jeśli polityka różni się na poziomie regionalnym, wskaźnik jest przedstawiony jako poziom reakcji najbardziej rygorystycznego podregionu.

Źródło: <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Tabela 1:

NAKAZ POZOSTANIA W DOMU DLA OGÓŁU LUDNOŚCI, KTÓRY JEST EGZEKWOWANY I OKREŚLANY JAKO „LOCKDOWN”

KRAJ	DATA ROZPOCZĘCIA	DATA ZAKOŃCZENIA	CAŁKOWITA LICZBA DNI
Czechy	16/03/20	24/04/20	51
	22/10/20	03/11/20	
Francja	17/03/20	11/05/20	102
	28/10/20	14/12/20	
Grecja	23/03/20	04/05/20	42
Włochy	10/03/20	04/05/20	55
Polska	24/03/20	18/04/20	25
Portugalia	15/01/21	30/04/21	105
Słowacja	30/12/20	28/02/21	60
Hiszpania	14/03/20	03/05/20	50

Źródło: Dane ECDC dotyczące interwencji niefarmakologicznych (lub środków reagowania)

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-response-measures-covid-19>

Jak poradzić sobie z pandemią – dwa przeciwstawne podejścia

W lipcu 2020 r., kiedy świat stanął w obliczu drugiej fali zakażeń SARS-CoV-2, coraz bardziej naglące stało się pytanie, jakie środki zaradcze przyjąć. W pierwszych tygodniach października 2020 r. debata publiczna na ten temat znacznie się nasiliła, również dzięki polaryzacji wywołanej publikacją dwóch manifestów, w których próbowano zaproponować dwie alternatywne strategię wyjścia z kryzysu. Propozycje, o których mowa, odnoszą się do Deklaracji z Great Barrington (GBD) i Memorandum Johna Snowa (JSM).

GBD została podpisana 4 października 2020 r. w małym miasteczku Great Barrington w hrabstwie Berkshire w stanie Massachusetts przez Sunetrę Guptę, profesora epidemiologii teoretycznej na Uniwersytecie Oksfordzkim, Martina Kulldorffa, profesora medycyny na Uniwersytecie Harvarda, Jaya Bhattacharyę, profesora medycyny i ekonomii na Uniwersytecie Stanforda, oraz 35 innych ekspertów.

W ślad za tym dokumentem 15 października 2020 r. ukazał się JSM, list otwarty podpisany przez 80 międzynarodowych naukowców, opublikowany w The Lancet, jednym z najbardziej prestiżowych czasopism medycznych.

Zwolennicy GBD, zwracając uwagę na wielkość kosztów pośrednich związanych z najbardziej restrykcyjnymi strategiami ograniczania rozprzestrzeniania się zakażeń (np. upadek firm i sklepów czy brak możliwości leczenia chorób przewlekłych). Twierdzą, że niekontrolowane rozprzestrzenianie się zakażeń wśród populacji niskiego ryzyka, np. najmłodszych oraz nabyta w ten sposób odporność będzie na tyle wysoka, że ochroni grupy szczególnie narażone, które tymczasem powinny pozostać zamknięte w domach. I odwrotnie, w JSM autorzy ostrzegają przed możliwością, że podejście oparte na odporności stadnej promowane przez GBD może być użyteczne, podkreślając, że jest to „niebezpieczny błąd nieoparty dowodami naukowymi”.

Problem „utraconej opieki”

Jednym ze skutków ubocznych COVID-19 jest „utrata opieki”. Pandemia miała bardzo poważny wpływ na korzystanie z usług zdrowotnych niezwiązanych z wirusem, zarówno po stronie podaży, jak i popytu. Poza tym, niektóre przypadki zachorowań i zgonów na COVID-19 nie zostały wykryte, co także pośrednio odbiło się na osobach, które się nim nie zaraziły.

W czasie pandemii gwałtownie spadł popyt na usługi medyczne inne niż pilne. Ludzie unikali kontaktu z wszelkiego rodzaju służbą zdrowia, w tym z lekarzami rodzinnymi, z obawy przed zarażeniem się SARS-CoV-2. Występowały również niedobory po stronie podaży. Osoby z nagłymi potrzebami zdrowotnymi czasami miały trudności z otrzymaniem na czas opieki, a osoby cierpiące na przewlekłe schorzenia borykały się z utrudnieniami w rutynowych świadczeniach.

Ponadto, pandemia i następujący po niej kryzys gospodarczy doprowadziły do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego ludności. Wyższe wskaźniki stresu, lęku czy depresji dodatkowo potęgują zakłócenia w opiece zdrowotnej dla osób ze zdiagnozowanymi wcześniej schorzeniami psychicznymi.

Z uwagi na politykę rządów centralnych, eksperci zostali skonfrontowani także z problemem zakłóceń w funkcjonowaniu poszczególnych rodzajów opieki zdrowotnej. Odpowiedzi na ten problem są bardzo różnicowane w zależności od kraju i rodzaju opieki. Jeśli chodzi o usługi szczepień ochronnych, eksperci z Grecji i Włoch zgłosili przypadki całkowitego zawieszenia, podczas gdy w większości pozostałych krajów usługi zostały częściowo przerwane.

Gorzej przedstawia się sytuacja w zakresie diagnostyki i leczenia chorób niezakaźnych, gdzie żaden kraj nie zgłosił niezmiennego świadczenia usług. Wszyscy eksperci wskazali na częściowe zakłócenia, a Włochy i Portugalia doświadczały niekiedy całkowitego ich zawieszenia. Groźnym następstwem późnego rozpoznania w przypadku chorób przewlekłych jest średnio- i długoterminowy wzrost częstości występowania zdarzeń niepożądanych, a w skrajnym przypadku śmiertelności.

Podobna sytuacja miała miejsce w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów. W szczególności w Polsce i Portugalii, zdaniem ekspertów, dochodziło niekiedy do zawieszania usług, podczas gdy we Francji, Włoszech i Chorwacji były one częściowo przerywane. Szacunki dla Włoch sugerują o 1,4 mln mniej badań przesiewowych przeprowadzonych podczas pierwszej fali w 2020 r. w porównaniu z tym samym okresem w 2019 r., co prowadzi do mniejszej liczby rozpoznania raka (Italian National Oncology Association, 2020). Także w Madrycie (Hiszpania), wizyty ambulatoryjne na oddziałach onkologicznych zmniejszyły się o 23% pomiędzy marcem 2020 r. i tym samym okresem w 2019 r. Spadła również liczba nowych skierowań na leczenie onkologiczne oraz liczba pacjentów zapisanych na badania kliniczne, co sugeruje opóźnienia w leczeniu (Manso, De Velasco and Paz-Ares, 2020). Zakłócenia w opiece onkologicznej odnotowano też we Francji, gdzie liczba rozpoznania nowotworów zmniejszyła się o 35-50% w kwietniu 2020 r. w porównaniu do kwietnia 2019 r. (OECD, 2020). W Polsce z raportu „Onkologia w erze COVID-19” wynika, że w kwietniu i maju 2020 r. w niektórych województwach liczba wykonywanych mammografii spadła o ponad 90% r/r, a wymazów z brodawek o ponad 80% r/r. Dodatkowo o blisko 40% r/r zmniejszyła się liczba rozpoznania podejrzenia nowotworu. Część z pominiętych zabiegów już nigdy nie zostanie wykonana, bo może okazać się, że jest za późno. Niezdiagnozowanie raka we wczesnym stadium w niektórych przypadkach prowadzi do gorszych wyników klinicznych i wyższych kosztów dla systemu opieki zdrowotnej. We Francji opóźnione diagnozy mogą prowadzić do nadumieralności wynoszącej 10-15% na każdy miesiąc opóźnienia (Santi i Pineau, 2020).

„[W Polsce] zakłócenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych były szczególnie szkodliwe dla diagnostyki nowotworów i chorób kardiologicznych. Pacjenci, obawiając się narażenia na zakażenie SARS-CoV-2, rzadziej zgłaszali się do placówek ochrony zdrowia w celu diagnostyki. Ze względu na ograniczenia sektora opieki zdrowotnej diagnoza i rozpoczęcie terapii przeciwnowotworowej oraz inwazyjnego leczenia kardiologicznego były często opóźnione, co dawało pacjentom gorsze rokowania i narażało ich życie na niebezpieczeństwo. Wiele zaplanowanych zabiegów chirurgicznych zostało odwołanych lub przełożonych, a zasoby i personel zostały przesunięte na leczenie pacjentów z wirusem SARS-CoV-2. Ponadto wstrzymano wiele projektów obejmujących badania kliniczne nowych terapii przeciwnowotworowych.”

Opinia ekspertów na podstawie ankiety BFF 2021.

Przyczyny ograniczeń były dwojakie: pandemia miała w rzeczywistości bardzo duży wpływ na korzystanie z usług zdrowotnych niezwiązanych z wirusem, zarówno po stronie podaży, jak i popytu na opiekę.

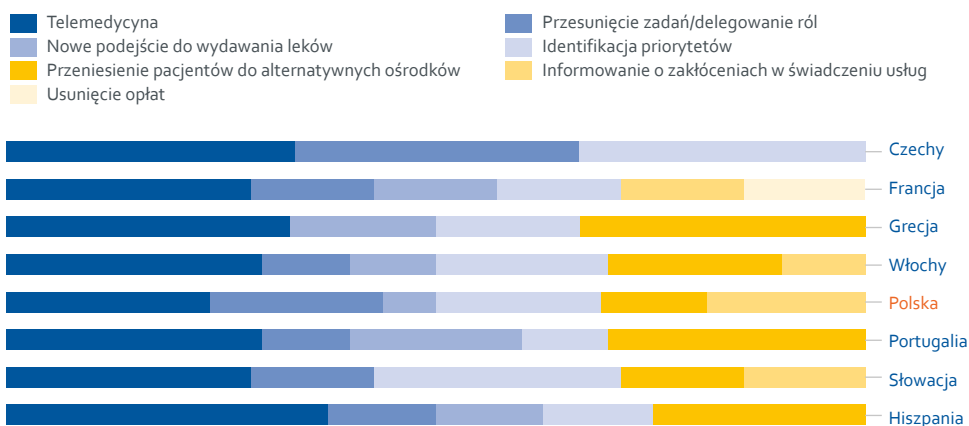
Kwestia zamknięcia usług ambulatoryjnych ze względu na politykę rządu centralnego wydaje się być jednym z głównych powodów zakłóceń w świadczeniu usług w Grecji i Chorwacji. W Chorwacji, Włoszech, Portugalii i Słowacji eksperci wskazują również na krytyczną rolę zamknięcia programów badań przesiewowych. Jednym ze skutków po stronie popytu było niestawianie się pacjentów na wizyty, co było szczególnie widoczne w Chorwacji, Francji, Czechach, Polsce, Portugalii, Hiszpanii i Słowacji.

W wielu krajach odroczono planowe zabiegi chirurgiczne, aby uwolnić personel medyczny i łóżka szpitalne, tak jak miało to miejsce na przykład w Portugalii w przypadku wszystkich niepilnych operacji planowych (OECD, 2020). Według francuskiej *Académie de médecine et de chirurgie*, podczas pierwszej fali pandemii odłożono około 1,1 mln operacji chirurgicznych, które nie były pilne (OECD, 2020).

Choć stosowanie telemedycyny nie było bardzo popularne przed pandemią, rozprzestrzenianie się wirusa ograniczyło możliwość spotkania z personelem medycznym, zmuszając kraje do przestawienia się na urządzenia cyfrowe (rys. 4).

Rysunek 4:

JAKIE PODEJŚCIA STOSUJE SIĘ W CELU PRZEZWYCIĘZENIA ZAKŁÓCEŃ W ŚWIADCZENIU PODSTAWOWYCH USŁUG ZDROWOTNYCH W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA SEKTORA PUBLICZNEGO?



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z badania

Kraje takie jak Czechy nie posiadały odpowiedniego ustawodawstwa i systemów refundacji związanych z telezdrowiem, więc musiały zająć się tą kwestią od podstaw. W innych krajach, takich jak Polska i Francja, gdzie istniały już odpowiednie platformy, wykorzystanie telemedycyny podczas pierwszej fali COVID-19 znacznie się spotęgowało. Według OECD (2020), około 80% polskich konsultacji w początkowym okresie pandemii odbywało się online, podczas gdy we Francji liczba telekonsultacji wzrosła 50-krotnie. Eksperci sugerują, że telemedycyna była jednym z najczęściej przyjmowanych alternatywnych odpowiedzi na zakłócenia w świadczeniu tradycyjnej opieki zdrowotnej. Przeszkodą w jej stosowaniu mogły być pewne bariery strukturalne, z którymi trudno było sobie poradzić w krótkim okresie, takie jak łączność szerokopasmowa, bezpieczeństwo cybernetyczne i ochrona danych.

Drugim najczęściej stosowanym rozwiązaniem było przekierowywanie pacjentów do alternatywnych placówek i selekcja pacjentów. Gabinety podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodki opieki środowiskowej, wraz z programami domowymi, były bardzo skuteczne w minimalizowaniu opóźnień i rezygnacji ze świadczeń dla wszystkich pacjentów. Dodatkowo, w kilku krajach rola farmaceutów została rozszerzona w celu zmniejszenia obciążenia personelu medycznego. W Portugalii i Hiszpanii farmaceuci mogą teraz przepisywać leki na choroby przewlekłe. Otrzymali też pozwolenie na przedłużanie recept ponad to, co było im wcześniej dozwolone. Zdaniem ekspertów, wraz z telemedycyną, we Francji bardzo ważna była zmiana zadań, w której uczestniczyli farmaceuci, a prognozy wskazują na utrzymanie się tego porządku.

Rola testowania w okresie pandemii

Liczba testów w przeliczeniu na pacjenta jest kolejnym elementem zróżnicowania między krajami (czynnik, który wpływa na liczbę potwierdzonych zakażonych osób) i zmienną w zakresie liczby zgonów z powodu COVID-19. W szczególności w pierwszej fali, ale do pewnego stopnia również w drugiej, na liczbę potwierdzonych przypadków miały wpływ różnice między krajami w intensywności przeprowadzania testów. Niski potencjał przeprowadzenia testów był także odpowiedzialny za niską dokładność w przypisywaniu właściwej przyczyny zgonu we wczesnych stadiach pandemii, co dodatkowo komplikowało porównania wskaźników śmiertelności między krajami. Niewystarczająca dostępność odpowiednio wyposażonych laboratoriów diagnostycznych, ograniczona podaż produktów niezbędnych do badań, nieprzeszkolony personel oraz brak organizacji całego procesu, od logistyki, po opracowanie wyników i ich przekazanie, były początkowo wyjątkowo problematyczne.

Na przykład we Francji od 27 lipca 2020 r. badanie na COVID-19 jest dostępne dla całej populacji za darmo i bez recepty. Testy można wykonać w określonych lokalnych laboratoriach analitycznych na terenie całego kraju, a ich koszt jest w pełni refundowany

przez ubezpieczenie medyczne. Ponieważ nie jest wymagana recepta, wiele osób podejmuje niewłaściwe działania testowe, co wydłuża czas oczekiwania i utrudnia nadanie priorytetu nagłym przypadkom.

W Hiszpanii bezpłatne testy są zazwyczaj przyznawane osobom z podejrzanymi objawami. Ceny testów we wczesnych fazach pierwszej fali okazały się tam niezwykle wysokie (znacznie powyżej 100 euro za test RT-PCR), w wyniku czego rząd centralny je uregulował. Ponadto, regiony w różny sposób zarządzają swoją strategią badań.

We Włoszech testy RT-PCR i testy na obecność przeciwciał są najczęściej wykonywane z polecenia lekarza i w takim przypadku są one zazwyczaj bezpłatne. Niektóre regiony pobierają jednak opłaty od pacjentów, którzy nie posiadają skierowania lekarskiego. Podobnie jak w Hiszpanii, włoskie regiony mają niejednorodne strategie testowania - niektóre zwracają koszty pacjentom tylko wtedy, gdy wynik jest pozytywny. Koszt testu RT-PCR jest zróżnicowany i może sięgać nawet 100 euro, podczas gdy koszt testu na obecność przeciwciał wynosi około 25-40 euro. Regiony wraz z włoskim Ministerstwem Zdrowia ustaliły, że przez cały czas trwania pandemii lekarze pierwszego kontaktu i pediatrzy będą mogli wykonywać szybkie wymazy, które pacjenci mogą rezerwować po przejściu telefonicznego triage'u. Przystąpienie do programu ze strony lekarzy jest dobrowolne i wiąże się z dodatkowym wynagrodzeniem w wysokości 18 euro, jeśli badania są przeprowadzane w gabinetach lekarskich.

W Portugalii, Centrum Kontaktowe zatwierdzało wnioski o przeprowadzenie badań i wysyłało je do szpitala referencyjnego w celu pobrania próbek i przeprowadzenia badań. Centrum to wydaje się być nadal najlepszym kanałem identyfikacji przypadków, chociaż dostępne są też inne opcje. Powstało wiele alternatywnych ośrodków testowania (zwłaszcza drive-throughs) dostępnych dla pacjentów posiadających skierowanie lekarskie. Recepty są wydawane nie tylko osobom z podejrzeniem choroby, ale również ich bliskim, nawet osobom bezobjawowym. Wyniki są zazwyczaj publikowane po 5-6 godzinach.

Także w Czechach kwestie organizacyjne związane z przeprowadzaniem testów różnią się w zależności od regionu. Niektóre z nich stworzyły centralny system rejestracji na test, który jest następnie przeprowadzany w jednym z wielu punktów diagnostycznych, podczas gdy inne pozostawiają zadanie poszukiwania dostępnych punktów pobrań samym pacjentom. Dodatkowo, w czasie epidemii COVID, zespoły mobilne przeprowadzały wizyty domowe dla podejrzanych przypadków poddanych kwarantannie. Zaangażowano wojsko w celu zapewnienia dodatkowych mobilnych zespołów pobierania próbek w całym kraju.

Na Słowacji testy diagnostyczne przeprowadza się na zalecenie lekarza pierwszego kontaktu, w porozumieniu z innymi przedstawicielami służb medycznych w przypadku podejrzenia zakażenia. Jesienią 2020 r. rozpoczęto masową kampanię testową

obejmującą 13 mln szybkich testów antygenowych. Pilotaż odbył się w weekend w październiku 2020 r. i wszyscy obywatele w wieku 10-65 lat zostali zaproszeni. Testy były wykonywane bezpłatnie, a kampanią zarządzało wojsko. W przypadku osób, które nie poddały się testom, wymagana była 10-dniowa kwarantanna. Wskaźnik uczestnictwa wyniósł około 90%.

W Polsce od września 2020 r. osoby, które odbyły kwarantannę przez co najmniej 10 dni bez objawów, mogą ją zakończyć bez konieczności poddawania się testom. Sprawia to, że testowanie dedykowane jest osobom, u których występują objawy. Lekarze pierwszego kontaktu mogą wystawiać recepty na bezpłatne badania.

W Chorwacji test RT-PCR jest uznawany za główne źródło danych do badań, natomiast od wiosny 2021 r., również szybki test antygenowy został zakwalifikowany jako formalna metoda diagnostyczna, w odpowiedzi na pogarszającą się sytuację epidemiologiczną oraz ograniczoną dostępność testów RT-PCR.

Pojawienie się szczepionek

Pojawienie się szczepionek zmieniło scenariusz pandemii COVID-19. Pod koniec 2020 r. naukowcy testowali potencjalnych kandydatów w badaniach klinicznych na ludziach, lub byli co najmniej w fazie rozwoju przedklinicznego, w tym badań na zwierzętach i w laboratoriach. W chwili pisania tego raportu FDA i EMA zatwierdziły szczepionki firm Pfizer, AstraZeneca, Moderna i Johnson&Johnson.

Analizując bezwzględne poziomy wydanych pierwszych dawek szczepionek, wśród wybranych krajów widzimy, że Włochy, a następnie Francja zdołały uodpornić największą liczbę osób (w obu przypadkach prawie 35 mln). W stosunku do całej populacji, udział ten wynosi prawie 60% we Włoszech i Hiszpanii, około 50% we Francji, Grecji i Czechach, 46% w Polsce i około 38% na Słowacji i w Chorwacji.

Analizując liczbę osób, która otrzymała pełną immunizację, Francja, Włochy i Hiszpania przekroczyły 20 mln. W ujęciu względnym, największy udział populacji należy do Hiszpanii, Grecji, Polski, Portugalii i Włoch.

Zapytaliśmy ekspertów o proces uodporniania personelu medycznego, zarówno w przypadku pierwszej dawki, jak i pełnego cyklu szczepień. Według nich największy udział szczepień (ponad 90%) występuje wśród personelu medycznego w Hiszpanii, następnie w Portugalii, Włoszech i na Słowacji. Najniższe udziały zarówno w pierwszym, jak i pełnym cyklu szczepień wykazują Czechy, Grecja i Chorwacja.

Sama dostępność szczepionki od początku nie była jednak w stanie rozwiązać problemu zakażeń z dwóch powodów: pierwszy związany jest z brakiem dostępnych dawek, drugi z odmową szczepienia przez dużą część populacji. Jak wynika z wielu badań, duży odsetek osób, w tym tych o wysokim ryzyku zarażenia się wirusem, nadal jest niechętny, sceptyczny lub przeciwny otrzymaniu szczepionki. Dodatkowo niedobory podaży są uważane za istotny problem w prawie każdym badanym kraju. Ponadto istotną wydaje się być także kwestia zaufania do szczepionek. Szczególnie Czechy, Słowacja i Grecja, a następnie Polska i Francja wskazują na tę cechę, jako jedno z największych wyzwań.

Przygotowanie systemów opieki zdrowotnej

Zwiększenie liczby testów, śledzenie i lokalizowanie, terminowa reakcja w postaci zwiększenia liczby łóżek szpitalnych i sprzętu, szybkie zatrudnianie nowego personelu medycznego to działania, w przypadku których finanse stanowiły duże ograniczenie. Ponadto pandemia spowodowała poważny kryzys gospodarczy, a kraje, które odnotowały najwyższy poziom zakażeń, zazwyczaj przechodzą największe trudności ekonomiczne.

Mimo to zdolność krajów europejskich w zakresie wydatków rządowych była jednym z kluczowych wymogów dla skutecznej reakcji systemu opieki zdrowotnej. Polityki przyjęte w celu szybkiego reagowania wymagały znacznych środków finansowych na wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej w związku z pandemią COVID-19. Według OECD, wśród krajów UE, dla których dostępne są porównywalne dane, zobowiązania finansowe rządu centralnego wobec systemów opieki zdrowotnej w celu zwalczania pandemii COVID-19 wahały się od 450 euro na osobę w Zjednoczonym Królestwie do około 20 euro na osobę na Łotwie, przy 220 euro w Hiszpanii, 214 euro w Czechach, 108 euro we Francji, 101 euro we Włoszech i 80 euro w Polsce, skorygowanych według parytetu siły nabywczej. Liczby te oznaczają wydatki rządu centralnego, natomiast dodatkowe zasoby na szczeblu niższym, niż krajowy były często wykorzystywane do walki z rozprzestrzenianiem się COVID. Wkłady te przeznaczano na finansowanie dodatkowego zapotrzebowania na sprzęt medyczny, środki ochrony indywidualnej, badania, zatrudnianie personelu oraz na składki na rzecz rozwoju obszarów wiejskich. W związku z dodatkowymi zasobami kilka krajów powołało komisje i inne organy mające na celu monitorowanie i ocenę wskaźników skuteczności i efektywności kosztowej w walce z COVID.

Jednym z największych wyzwań związanych z COVID-19, zwłaszcza w pierwszej fali, było uwydatnienie się wszystkich istniejących wcześniej ograniczeń systemów opieki zdrowotnej, w szczególności niedoboru personelu medycznego. Jak opisano w Raplocie na temat służby zdrowia (2020), kraje o słabszym potencjale reagowania na gwałtowny wzrost popytu na opiekę, takie jak Polska i Czechy, miały większe trudności

w przeciwdziałaniu epidemii. Wiele krajów wypłacało premie i dodatkowe rekompensaty za ogromne obciążenie personelu medycznego w najtrudniejszych momentach pandemii. Według OECD (2020), kilka krajów podjęło działania w celu zmobilizowania dodatkowych osób poprzez różne kanały i systemy zachęt. Środki te obejmowały mobilizację studentów kierunków medycznych, emerytowanych i niepraktykujących pracowników służby zdrowia, pracowników zagranicznych, wykorzystanie istniejących wcześniej list rezerwowych, realokację pracowników w obrębie kraju w zależności od potrzeb (tab. 2). Również według ekspertów, z którymi przeprowadzono wywiady, najczęstszymi działaniami wdrożonymi w odpowiedzi na pandemię było z jednej strony zamrożenie zatrudnienia na wszystkich stanowiskach nieistotnych, zwłaszcza w Chorwacji i na Słowacji, a z drugiej strony zwiększenie zatrudnienia pracowników istotnych, zwłaszcza w Czechach, Włoszech, Portugalii i Grecji. Ponadto wszystkie kraje przesunęły personel medyczny do obszarów priorytetowych. Wreszcie, w celu optymalizacji wydatków, w kilku krajach dokonano przeglądu projektów wydatków kapitałowych oraz wstrzymano/anulowano lub opóźniono realizację projektów niekrytycznych, jak również unieważniono zamówienia na zakup artykułów niekrytycznych.

Tabela 2:

POLITYKA PRZYJĘTA W CELU SPROSTANIA DODATKOWEMU ZAPOTRZEBOWANIU NA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA W ODPOWIEDZI NA COVID.

	PL	CZ	SK	FR	IT	SP	PT	GR	HR
Mobilizacja studentów	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Mobilizacja emerytów i osób nieaktywnych zawodowo	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Mobilizacja personelu zagranicznego		✓		✓	✓				
Listy rezerwowe				✓					
Realokacja personelu	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	

Źródło: OECD (2020), na podstawie OECD health system policy tracker, European Observatory COVID-19 Health System Response Monitor.

“[W Polsce] pandemia Covid-19 niewątpliwie uwypukliła potrzebę głębokich, długofalowych zmian w systemie ochrony zdrowia, w tym optymalizacji zarządzania, struktury, właściwej alokacji zasobów oraz dodatkowych źródeł finansowania. W wyniku niedofinansowania i niewydolności systemu znacząco pogorszył się dostęp do świadczeń medycznych, w tym zarówno do badań profilaktycznych i diagnostyki niezbędnej do podjęcia leczenia, jak i terapii oraz leczenia chirurgicznego. W konsekwencji tych trudności, w ciągu kilku miesięcy wielu pacjentów wraca do systemu ochrony zdrowia niezdiagnozowanych i nieleczonych w terminie, z powikłaniami i postępowaniem chorób.”

Opinia eksperta na podstawie ankiety BFF 2021.

Spółród rozważanych krajów, według OECD (2020), wszystkie, z wyjątkiem Słowacji i Hiszpanii, zdecydowały się na przekształcenie oddziałów w Oddziały Intensywnej Terapii (OIT). Dodatkowo w Chorwacji, Francji, Grecji, Włoszech, Portugalii i Hiszpanii utworzono kilka szpitali polowych. We Francji, Włoszech i Hiszpanii przyjęto zasadę regularnego przenoszenia pacjentów do miejsc, w których wirus rozprzestrzenia się w mniejszym stopniu. Co więcej, we Francji, Grecji, Portugalii i Hiszpanii zainicjowano partnerstwa ze szpitalami prywatnymi, aby sprostać gwałtownie rosnącym potrzebom. Oprócz aspektów strukturalnych nowego zapotrzebowania, w wielu krajach należało również ponownie przeanalizować kwestię zaopatrzenia. W krajach takich jak: Czechy, Włochy, Polska, Hiszpania i Słowacja podjęto dodatkowe wysiłki w celu większej centralizacji procesów zaopatrzenia, w bezpośredniej odpowiedzi na COVID-19. We Włoszech i innych, mniej scentralizowanych systemach, zamówienia były organizowane w ścisłej współpracy z rządami niższego szczebla.

Rosnące wydatki na opiekę zdrowotną: czy są zrównoważone?

Na pytanie o największy wzrost wydatków, eksperci zasugerowali, że jednym z najbardziej wymagających jest sprzęt ochrony osobistej (PPE). Faktycznie, szczególnie w pierwszej fali pandemii COVID zaobserwowano bardzo duże ograniczenia w zakresie środków ochrony indywidualnej wśród personelu medycznego, co często powodowało zarażanie się wirusem. Według OECD (2020), Santé Publique France, (2020), Istituto Superiore di Sanità, (2020), Ministerio de Sanidad, (2020) od 30 000 do 50 000 pracowników we Włoszech, Francji i Hiszpanii zaraziło się wirusem COVID. W odpowiedzi na skrajne tymczasowe niedobory, we Włoszech, Francji, Czechach, Polsce, Hiszpanii i Grecji rządy centralne zachęcały krajowych producentów do zwiększenia produkcji podstawowych artykułów, takich jak środki ochrony indywidualnej i respiratory.

Kiedy pandemia zostanie ostatecznie opanowana, rządy będą musiały przywrócić swoje deficyty do bardziej zrównoważonego poziomu, w przeciwnym razie nie będą w stanie poradzić sobie z „bardziej powszechnymi” problemami, takimi jak, na przykład, starzenie się społeczeństwa wraz z relatywnym wzrostem kosztów opieki społecznej (in primis emerytury i opieka zdrowotna). Dostępność najwyraźniej bardzo skutecznych szczepionek już po 10 miesiącach od wybuchu pandemii wskazuje na możliwość, że wysiłki podejmowane przez rządy w celu zagwarantowania zasobów do poradzenia sobie ze skutkami gospodarczymi nie będą tak długotrwałe, a zatem presja na finanse publiczne nie będzie trwała w nieskończoność. Faktem pozostaje, że pod koniec tego doświadczenia poziom zadłużenia będzie wysoki i trzeba będzie zadać sobie pytanie, czy będzie można je spłacić i w jakim stopniu będzie ono stanowiło problem (zwłaszcza w kontekście sprawiedliwości międzypokoleniowej).

W obecnym środowisku niskich stóp procentowych, wśród ekonomistów panuje powszechna zgoda, że dopóki obsługa długu (koszt zaciągania kredytów) pozostaje poniżej tempa wzrostu gospodarki ($r < g$), dopóty ma sens dokonywanie dodatkowych deficytowych wydatków publicznych (finansowanych długiem). Wynika z tego, że stabilność długu narodowego zależy nie tyle od jego wysokości, co od jego kosztu w stosunku do zdolności do jego spłaty. W warunkach takich jak obecne, gdy długoterminowe stopy procentowe są rekordowo niskie w całym rozwiniętym świecie, rządy mogą pożyczać na dziesięciolecia, przy niskich kosztach. Brytyjskie obligacje 30-letnie dają tylko 0,9%, co sprawia, że jednorazowy koszt pandemii jest łatwy do udźwignięcia przez następne kilkadziesiąt lat. Nie było lepszego momentu na zarządzanie tak dużymi deficytami. Dlatego też rządy bogatych krajów nie muszą spieszyć się z redukcją fiskalną, choćby po to, by nie zagrozić wzrostowi gospodarczemu (g). Ponadto, we wszystkich rozważanych gospodarkach zaciąganie kredytów jest łatwe, biorąc pod uwagę niski poziom stóp procentowych i dużą gotowość inwestorów do kupowania tego długu. W związku z tym, prawdziwym pytaniem, które należy zadać, jest nie tyle to, czy wysoki dług publiczny będzie problemem dla gospodarek po COVID-19, ile to, jak ten dług publiczny zostanie wykorzystany. W sprzyjających warunkach niskich stóp procentowych ostrożne wykorzystanie pożyczonych środków może sprawić, że stopa wzrostu gospodarki (g) znacznie przekroczy koszt zadłużenia (r), dzięki czemu zarządzanie przyszłym zadłużeniem przestanie być problemem i zagwarantuje nadwyżki pierwotne, zdolne również do obniżenia poziomu samego zadłużenia.

Czego nauczyliśmy się na przyszłość?

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 wyraźnie pokazało, jak bardzo ludzie są ze sobą powiązani i jak indywidualne działania wpływają na społeczeństwo. To właśnie ta globalna perspektywa wymaga długoterminowej zmiany sposobu, w jaki instytucje wspierają ludzi, poprzez sieci bezpieczeństwa i poprzez bardziej integracyjną umowę społeczną. Jak pokazuje historia, wybory dokonywane podczas kryzysów mogą kształtować świat przez kolejne dziesięciolecia. Zasadniczą kwestią pozostanie potrzeba wspólnego działania na rzecz budowania gospodarek zorientowanych na wzrost sprzyjający integracji społecznej, zdolnych do zapewnienia dobrobytu i bezpieczeństwa dla wszystkich. Jeśli mamy do czynienia z problemem wyboru zbiorowego w kontekście globalnym, to bodźce do wytwarzania dóbr publicznych stają się jeszcze bardziej złożone, ponieważ poza swobodnym poruszaniem się jednostek, a w konsekwencji rynków, istnieje także problem rządów narodowych, które niechętnie uznają znaczenie funkcji globalnych i podejmują działania w celu ich realizacji. Globalne dobra publiczne są niepowtarzalne i nie można ich wykluczyć. Pierwsza cecha oznacza, że naród, który je konsumuje, nie pomniejsza korzyści płynących z tego dobra dla innych narodów. Druga cecha oznacza, że żaden naród nie może być wykluczony z konsumpcji dobra po jego dostarczeniu.

Globalna wizja jest fundamentalnym punktem w rozwoju szczepionki anty-COVID. Skoordynowane globalne działania na rzecz dostarczania dóbr zdrowia publicznego przyniosą korzyści wszystkim i będą bardziej efektywne i tańsze dla każdego kraju, niż gdyby poszczególne kraje lub regiony produkowały je samodzielnie. Współpraca międzynarodowa musi ułatwić dostęp do danych i dzielenie się wynikami badań nad COVID-19, ale także zapewnić wszystkim dostęp do szczepionki. Rozprzestrzenianie się wirusa ponad granicami państw, oprócz szerzenia infekcji, przenosi też niepewność gospodarczą, co grozi zahamowaniem skuteczności wszelkich ekonomicznych działań antykryzysowych. Wizja szczepionki, jako powszechnego dobra publicznego, staje się kluczowym punktem w promowaniu finansowania ogólnodostępnych dóbr publicznych w sektorze zdrowia. Sposób funkcjonowania multilateralizmu będzie musiał się zmienić i zrozumieć, że dzisiejszy świat jest zupełnie inny. Pandemia COVID-19 wystawiła na próbę granice globalnej współpracy. Gospodarki rozwijające się zostały dotknięte najgorszym kryzysem humanitarnym od czasów II wojny światowej i stoją w obliczu bezprecedensowej presji na ich i tak już ograniczone możliwości fiskalne, aby sprostać pilnym potrzebom społecznym i zdrowotnym. Nierówności między krajami i wewnątrz nich wzrosły z powodu wyścigu przedsięwzięć, co sprawiło, że ubóstwo stało się głównym problemem dla znacznej części światowej siły roboczej. Brak równowagi sił w światowych instytucjach, bogate kraje, które powoli wywiązują się ze swoich zobowiązań w zakresie oficjalnej pomocy rozwojowej oraz dogmat oszczędności utrudniają sprawiedliwe uznanie potrzeb i praw dwóch trzecich ludności świata zamieszkującej kraje Południa.

BFF Polska S.A.

ul. Kilińskiego, 66
90-118 Łódź
Tel. +48 42 272 31 00
info-pl@bff.com

bff.com